

Klaus Priester

**Aktuelle und künftige Dimensionen
demenzieller Erkrankungen
in Deutschland –
Anforderungen an die Pflegeversicherung**

Prof. Dr. rer. med. Klaus Priester ist Hochschullehrer für Sozialmedizin, Medizinsoziologie und Gesundheitswissenschaft an der Ev. Fachhochschule Ludwigshafen – Hochschule für Sozial- und Gesundheitswesen, Fachbereich Pflege.

September 2004
Bestell-Nr. SP I 2004-303
ISSN-Nr. 0948 048X

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health
Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Abstract

Im Ergebnis von Hochrechnungen auf der Basis von in den letzten beiden Jahrzehnten durchgeführten empirischen Feldstudien kann davon ausgegangen werden, dass gegenwärtig in Deutschland zwischen rund 1,2 und 2,0 Millionen Menschen über 65 Jahren von demenziellen Erkrankungen im weitesten Sinne betroffen sind, wobei sich der „harte Kern“ der mittelschweren und schweren Fälle auf etwa 1,0 bis 1,3 Millionen älterer Menschen konzentrieren dürfte. Rund drei Viertel aller demenziell Erkrankten leben in häuslicher Umgebung; ein Viertel lebt in Heimen. Legt man die gegenwärtigen altersspezifischen Demenz-Prävalenzraten zugrunde und hält diese über die nächsten Jahrzehnte hinweg stabil, dann kann die künftige Entwicklung der Zahl demenziell Erkrankter auf der Basis der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts (Variante 5) berechnet werden. Dieser Modellrechnung zufolge wird sich die Zahl der mittelschweren und schweren Fälle von Demenz – ausgehend vom Jahr 2000 – bis zum Jahr 2050 etwa verzweieinhalbfachen, d. h. von etwa einer Million auf dann rund 2,4 Millionen Menschen anwachsen. Bezieht man auch die leichteren Fälle von Demenz in die Vorausberechnung ein, dann ist in Deutschland bis 2050 mit bis zu 5 Millionen demenziell Erkrankten insgesamt bei einer auf ca. 75 Millionen zurückgehenden Gesamtbevölkerung zu rechnen. Diese Entwicklung geht auf gravierende Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung zurück, deren wichtigste Komponenten die extrem starken Wachstumsraten der obersten Altersgruppen sind.

Das derzeit geltende Pflegeversicherungsrecht deckt, trotz der mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz von 2001 vorgenommenen Verbesserungen, die Versorgungsdefizite von Menschen mit erhöhtem allgemeinen Betreuungsbedarf, darunter der demenziell Erkrankten, nur in sehr mangelhafter Weise ab. Insbesondere der dem Gesetz zugrunde gelegte enge Pflegebedürftigkeits-Begriff, reduktionistische und unklare Definitionen des durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz begünstigten Personenkreises, die Beschränkung der neuen gesetzlichen Leistungen auf in häuslicher Umgebung, nicht aber in Heimen lebende demenziell Erkrankte sowie die Höhe, Zweckbindung und institutionelle Anknüpfung der Leistungen für Demente an „niedrigschwellige“ Angebote stehen im Mittelpunkt der Kritik. Angesichts der bestehenden Versorgungsdefizite und der Dynamik des Demenz-Problems kommen auf die Pflegeversicherung in den kommenden Jahrzehnten neue Anforderungen zu, die sicher nicht kostenneutral zu bewältigen sein werden. Soll der sich abzeichnende Trend zur vollstationären Versorgung demenziell Erkrankter gemildert oder gar gestoppt werden, erfordert dies die finanzielle, personelle und qualifikatorische Stärkung der professionell-ambulanten pflegerischen Versorgung, aber auch der semi- oder nichtprofessionell erbrachten häuslich-familiären und -ehrenamtlichen Betreuung demenziell Erkrankter. Die hierzu in jüngster Zeit bekannt gewordenen Pläne der Bundesregierung und Vorschläge etwa der Rürup-Kommission können, so sie kurzfristig überhaupt verwirklicht werden, nur als weiterer kleiner Schritt zur partiellen Linderung der akutesten Auswirkungen des Demenz-Problems angesehen werden.

Abstract

Projections based on studies in the last two decades suggest that the number of persons in Germany over 65 years old who suffer from dementia is approximately 1.2 to 2.0 million, with a “hard core” of moderately severe and severe cases of approximately 1.0 to 1.3 million. About three quarters of those suffering from dementia live in a home setting, one quarter in residential care. Assuming that the prevalence of dementia will remain stable for the next several decades, the number of demented elderly can be calculated on the basis of official population projections. Accordingly, using the year 2000 as a baseline, there will be a two-and-a-half-fold increase in the number of moderately severe and severe cases, rising approximately from one million to 2.4 million. If mild cases are included in the projection, by 2050 five million people will be living with dementia in Germany, while the total population will have shrunk to about 75 million. This development is due to massive changes in the age structure of the population, the most important being the extremely strong rates of growth in the highest age groups.

In spite of improvements resulting from amendments to the law on long-term care benefits in 2001, present long-term care insurance inadequately covers the care gaps experienced by those with greater care needs, including persons suffering from dementia. The problem is multifaceted: The stipulations for those entitled to benefits are unclear; benefits are limited to persons living at home, thereby excluding those living in residential care; the amount of benefits received are inadequately low; and services covered are limited, being restricted to specific care structures. In view of the existing care deficiencies and the dynamics of the dementia problem, long-term care insurance will face costly new demands. If the emerging trend towards inpatient care of the demented is to be curbed, professional outpatient nursing services need to be strengthened through more funding, more staff, and a higher level of qualification. Support is also needed for the semi- and non-professional care provided by family members and volunteers. The plans of the Federal Government and the recommendations the Rürup Commission among others are only a small step towards a partial alleviation of the most urgent needs arising from the dementia problem.

I.	Demenz: Aktuelle und künftige Dimensionen	7
II.	Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz: Mehr Hilfen für demenziell Erkrankte – aber es bleiben Versorgungsdefizite	18
1.	Enger Pflegebedürftigkeits-Begriff reduziert Zahl der Anspruchs- berechtigten	20
2.	Enger Demenz-Begriff führt zu Unklarheiten über Zielgruppe	21
3.	Unbestimmte Rechtsbegriffe präjudizieren Restriktionen	22
4.	Stationär Pflegebedürftige werden benachteiligt	22
5.	Höhe und Zweckbindung der neuen Betreuungsleistungen sind unzulänglich	23
6.	Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen durch kostengünstige niedrigschwellige Angebote?	26
7.	Beratende externe Pflegeeinsätze als Angebot oder Zwang?	27
III.	Reformoptionen für die künftige Ausgestaltung von Leistungen für demenziell Erkrankte im Rahmen der Pflegeversicherung	29
	Literatur	34
	Anhang	37

I. Demenz: Aktuelle und künftige Dimensionen¹

Bei dem gemeinhin als „Demente“ bezeichneten Personenkreis handelt es sich nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) um Menschen mit Hirnleistungsstörungen und/oder Verhaltensstörungen, die mit Beeinträchtigungen des Gedächtnisses sowie anderer kognitiver Fähigkeiten wie Urteilsfähigkeit, Denkvermögen, Störungen der Affektkontrolle, des Antriebs sowie des Sozialverhaltens mit emotionaler Labilität, Reizbarkeit und Apathie oder mit Vergröberung des Sozialverhaltens einhergehen. Die Störungen dürfen definitionsgemäß nicht nur vorübergehender Natur sein, sondern müssen seit mindestens sechs Monaten auftreten (vgl. Statistisches Bundesamt 1998: 209 ff.; Dritter Bericht 2001: 79; Kruse u. a. 2002: 18 f.).

Etwa 90 % der Demenzen gelten als irreversible primäre Demenzen, ca. 10 % der Krankheitsfälle als sekundäre Demenzen, die wiederum Folgeerscheinungen anderer Grunderkrankungen wie etwa Stoffwechselkrankheiten, Vitaminmangelzustände und chronische Vergiftungserscheinungen durch Alkohol oder Medikamente sein können. Die diesen sekundären Demenzen zugrundeliegenden Krankheiten und Krankheitsursachen sind prinzipiell beeinflussbar, behandelbar, teilweise auch heilbar; eine Rückbildung auf ihnen basierender Demenzen ist demnach möglich. Unter den irreversiblen Formen der Demenz dominiert die Alzheimer-Krankheit (50-60 % der Fälle), gefolgt von vaskulären Demenzen (ca. 20 % der Fälle); eine Kombination beider Erkrankungen liegt bei etwa 15-20 % der Fälle vor (vgl. BMG 2001: 8 f.; Dritter Bericht 2001: 79). Charakteristisch für die Alzheimer-Demenz als vorherrschendem Krankheitstypus ist ihr unmerklicher Beginn und schleichender Verlauf. Häufig stehen „Aussetzer“ des Gedächtnisses, vorübergehende Stimmungsschwankungen, leichte Sprachstörungen sowie Störungen der Lern- und Reaktionsfähigkeit am Beginn der Krankheitsentwicklung. Im weiteren Krankheitsverlauf verfestigen sich diese Störungen, Antriebsschwächen sowie örtliche und zeitliche Orientierungsprobleme nehmen zu; für elementare Alltagsaktivitäten wie Körperpflege und Nahrungsaufnahme müssen in zunehmendem Maße Unterstützungs- und Hilfeleistungen in Anspruch genommen werden. Zum Betreuungs- oder Pflegefall werden demenziell Erkrankte in der Regel erst relativ spät im Krankheitsverlauf, nämlich dann, wenn sich die Gedächtnis-

¹ Eine kürzere Fassung des vorliegenden Papiers erschien im Frühsommer 2004 im *Jahrbuch für kritische Medizin* (Priester 2004c). Für die vorliegende Veröffentlichung wurden das Datenmaterial aktualisiert und teilweise Neuberechnungen durchgeführt, was zu geringfügigen Differenzen zu den dort publizierten quantitativen Angaben führt.

leistungen drastisch verschlechtern, Zeit- und Ortsgefühl verloren gehen, eine verbale Verständigung nicht mehr möglich ist sowie weitere körperliche Symptome wie Gangunsicherheit, Schluckstörungen und Krampfanfälle sich verstetigen und die Kontrolle über Blase und Darm nicht mehr funktioniert. In dieser Phase führen demenzielle Erkrankungen sehr häufig zu dauerhafter Bettlägerigkeit (vgl. BMG 2001: 9 f.).

Die stufenförmige Entwicklung demenzieller Erkrankungen mit einem vergleichsweise weiten und „weichen“ Eingangsbereich erschwert Diagnose und Therapie. Insbesondere gilt die Differenzierung zwischen leichten kognitiven Beeinträchtigungen („gutartige Altersvergesslichkeit“) und (härteren Formen der) Demenz als „bis heute ungelöstes Problem“ (Kruse u. a. 2002: 19).

Unter pflegeversicherungsrechtlichen Aspekten stellen demenziell Erkrankte insofern eine Problemgruppe dar, als ein wesentlicher Bereich demenzspezifischer Hilfeleistungsbedarfe aufgrund des dem Pflege-Versicherungsgesetz zugrundeliegenden engen Pflegebedürftigkeits-Begriffs bei der Begutachtung und Einstufung von Pflegebedürftigkeit nicht berücksichtigt werden kann. Dies trifft jedoch nicht allein auf den „harten Kern“ manifest demenziell Erkrankter zu, sondern ebenso auf weitere Personkreise, die vor allem wegen ihrer Gedächtnis- und Wahrnehmungsstörungen (mnestiche und kognitive Störungen) in ihrer Alltagskompetenz beeinträchtigt sind. Diese Störungen beziehen sich zum einen auf die „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen“ des täglichen Lebens nach § 14 Sozialgesetzbuch (SGB) XI, also im Bereich der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung; zum anderen betreffen sie das Potential zur allgemeinen Lebensführung, also etwa situative Anpassungs-, Orientierungs- und Kommunikationsfähigkeit im Sinne der sog. Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs). Während die (Pflegeversicherungsleistungen begründenden) Verrichtungen des täglichen Lebens nach § 14 SGB XI vorwiegend antrainierte bzw. konditionierte Handlungen darstellen, die häufig erst relativ spät im Krankheitsverlauf verloren gehen, treten (allein keine Versicherungsleistungen begründende) Hirnleistungs- und/oder Verhaltensstörungen wie Desorientierung oder Umtriebigkeit vielfach bereits in frühen Krankheitsstadien auf und schaffen einen teilweise erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf.

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) hat in einem früheren Jahresbericht darauf hingewiesen, dass dieser Kreis von „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ rund 37 % aller im Jahr 1998 erstmals begutachteten Antragsteller von Pflegeversicherungsleistungen nach SGB XI ausmachte; dies entsprach seinerzeit hochgerechnet rund 247.000 Personen. Zugrunde gelegt wurden hierbei Einschränkungen im Sinne einer (teilweisen) Unselbstständigkeit in den ATLS „Sich situativ anpassen können“ plus „Für Sicherheit sorgen können“ zusammengekommen oder „Kommunizieren können“ allein. Gleichzeitig gab es im Jahr 1998 rund 167.000 erstbegutachtete Personen, bei denen der Medizinische Dienst psychiatrische Krankheiten (92.000 Personen) oder Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (75.000 Personen) als erste pflegebegründende Diagnose, mithin demenzielle Erkrankungen, festgestellt hatte. Dies waren rund 80.000 Personen weniger als die Zahl der in ihrer Alltagskompetenz Eingeschränkten. Es existiert also eine in quantitativer Hinsicht nicht unbedeutende „Grauzone“ aus Antragstellern auf Pflegeleistungen, die zwar einen erheblichen Hilfebedarf bei der Alltagsbewältigung haben, aber im Rahmen der Pflegebegutachtung nach geltendem Pflegeversicherungsrecht nicht ausreichend berücksichtigt werden können (vgl. MDS o. J. [1998]: 78 ff.).

In seiner jüngsten Repräsentativerhebung über Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten hat Infratest Sozialforschung ein Screening-Instrument (Kognitiver Screeningtest 6CIT nach Brooke/Bullock) eingesetzt, mit dessen Hilfe sich kognitive Beeinträchtigungen im Bereich des Gedächtnisses und der Orientierung nachweisen lassen und das valide Hinweise auf eine möglicherweise beginnende oder bereits vorhandene Demenz liefert (vgl. Infratest Sozialforschung 2003: 15 und Anhang). Der Erhebung zufolge müssen demnach insgesamt 48 % der Pflegebedürftigen (Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung) in Privathaushalten in Deutschland, das sind rund 667.000 Personen (bezogen auf die Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2002), als in kognitiver Hinsicht beeinträchtigt gelten, befinden sich also im Stadium beginnender Demenz bzw. sind bereits dement. Die festgestellten kognitiven Einschränkungen betreffen jeweils mehr als die Hälfte der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen der Stufe III (53 %) und Stufe II (57 %) sowie vier von zehn Pflegebedürftigen der Stufe I (42 %). Von den vorrangig hauswirtschaftlich Hilfebedürftigen (ohne Pflegebedürftige im Sinne der Pflegeversicherung) weist ein knappes Viertel (24 %) kog-

nitive Einschränkungen auf; das sind weitere rund 721.000 Personen. Die Zahl der insgesamt kognitiv beeinträchtigten Personen in Privathaushalten kann demnach auf insgesamt rund 1.388.000 Personen im Jahresdurchschnitt 2002 veranschlagt werden. Dies bedeutet gleichzeitig, dass gegenwärtig nur die knappe Hälfte aller in Privathaushalten lebenden kognitiv Beeinträchtigten, ob pflegebedürftig im engeren Sinne oder bloß vorwiegend hauswirtschaftlich hilfebedürftig, Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält.²

Die festgestellten kognitiven Beeinträchtigungen gehen ferner zwar einerseits mit vorwiegend körperlich verursachten Mobilitätseinschränkungen einher, die bei zahlreichen Pflegebedürftigen einen Pflegebedarf im Sinne des SGB XI begründen. Sie deuten andererseits jedoch auch darauf hin, dass „der Schweregrad der damit in der Regel einhergehenden psychischen Störungen erheblich sein dürfte“. Damit stellen die kognitiven Beeinträchtigungen neben den körperlich verursachten das „zweite wesentliche Profilmerkmal“ häuslich Pflegebedürftiger dar (Infratest Sozialforschung 2003: 16). Die Autoren schlussfolgern: „Es ist evident, dass bei dieser Personengruppe neben der notwendigen Hilfe bei den typischen alltäglichen Aktivitäten ebenfalls ein entsprechend hoch ausgeprägter allgemeiner Betreuungs- und auch Aufsichtsbedarf anfällt“ (Infratest Sozialforschung 2003: 16), der im Rahmen der Pflegeversicherung bislang nicht angemessen berücksichtigt wird.

Die quantitativen Dimensionen des Demenz-Problems sind in Deutschland über die skizzierten Teilerkenntnisse hinaus in den vergangenen beiden Jahrzehnten in einer Reihe, häufig allerdings lokal oder regional begrenzter und vielfach auf sehr niedriger quantitativer Basis von Befragten durchgeführter, empirischer Feldstudien ausgelotet worden. Insgesamt bestehen hier – wie von wechselnden Bundesregierungen in den letzten Jahren mehrfach eingestanden wurde – nach wie vor große Informationsdefizite (vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Regina Schmidt-Zadel [u. a.] 1996; Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Maria Eichhorn [u. a.] 1999: 39 f.). Im Ergebnis von Hochrechnungen auf der Basis dieser teils älteren epidemiologischen Studien kann davon ausgegangen werden, dass gegenwärtig (bezogen auf die Bevölkerungszahl und Altersstruktur zum Jahresende 2002) in Deutschland zwischen rund 1,2 und 2,0

² Eigene Berechnungen nach Infratest Sozialforschung (2003: 15) und Statistisches Bundesamt (lfd.).

Millionen Menschen über 65 Jahren von demenziellen Erkrankungen im weitesten Sinne betroffen sind, wobei sich der „harte Kern“ der mittelschweren und schweren Fälle auf etwa 1,0-1,3 Millionen älterer Menschen konzentrieren dürfte (vgl. *Übersicht 1*).

Übersicht 1:

Prävalenz demenzieller Erkrankungen in Deutschland – Hochrechnungen für das Jahr 2002

Quelle	Bevölkerung im Alter von ... Jahren	Anteil ... demenziell Erkrankter an der Bevölkerung (Prozent)			Hochrechnung: Anzahl ... demenziell Erkrankter im Jahr 2002 ¹		
		leicht	mittel-schwer und schwer	insges.	leicht	mittel-schwer und schwer	insges.
Krauss u. a. 1977 (Göttingen)	70 und älter	7,6	5,4	13,0	745.000	529.000	1.274.000
Cooper/Sosna 1983 (Mannheim)	65 und älter	5,4	6,0	11,4	780.000	866.000	1.646.000
Weyerer/Dilling 1984 (Oberbayern)	65 und älter	5,0	3,5	8,5	722.000	505.000	1.227.000
Fichter 1990 (Oberbayern)	65 und älter	-	8,7	-	-	1.256.000	-
Helmchen u. a. 1996 (Berlin)	70 und älter	4,7	9,2	13,9	461.000	902.000	1.363.000
Statistisches Bundesamt 1998 (Gesundheitsbericht für Deutschland)	65 und älter	7 bis 8	5 bis 6	12 bis 14	1.011.000 bis 1.155.000	722.000 bis 866.000	1.733.000 bis 2.021.000
Dritter Altenbericht der Bundesregierung 2001	65 und älter	6 bis 8	4 bis 6	10 bis 14	866.000 bis 1.155.000	578.000 bis 866.000	1.444.000 bis 2.021.000
Bickel 1999 (Vierter Altenbericht der Bundesregierung 2002)	65-69	-	1,2	-	-	56.000	-
	70-74	-	2,8	-	-	100.000	-
	75-79	-	6,0	-	-	171.000	-
	80-84	-	13,3	-	-	254.000	-
	85-89	-	23,9	-	-	209.000	-
	90 und älter	-	34,6	-	-	200.000	-
	Summe					990.000	
	65 und älter insgesamt	-	7,2	-	-	1.040.000	-

1 Bezogen auf die Bevölkerung am 31.12.2002.

Quelle: Zusammengestellt nach: Krauss u. a. 1977; Cooper/Sosna 1983; Weyerer/Dilling 1984; Fichter 1990; Helmchen u. a. 1996; Statistisches Bundesamt 1998: 210; Bickel 1999; Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation 2001: 77; Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation 2002: 153 und 167; eigene Berechnungen nach: Statistisches Bundesamt (lfd.).

Diese Daten korrespondieren größenordnungsmäßig mit den flächendeckend (allerdings nur für zu Hause lebende Hilfe- und Pflegebedürftige) erhobenen Angaben der Infratest-Studie über Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen (1,4 Millionen Personen; ohne Heimbewohner). Berücksichtigt man ferner, dass von den gegenwärtig rund 600.000 in Heimen lebenden Empfängern von Pflegeversicherungsleistungen (vgl. BMGS 2004) zwischen 50 und 80 % demenziell erkrankt sein dürften (vgl. Schwarz 2000)³, mithin ca. 300.000 bis 480.000 Personen, dann ergibt sich eine Gesamtzahl von etwa 1,7 bis 1,9 Millionen demenziell Erkrankten. Dies bedeutet, dass gegenwärtig rund drei Viertel aller demenziell Erkrankten in häuslicher Umgebung leben und dort auch versorgt werden; lediglich ein Viertel lebt in Heimen. Gleichwohl scheint sich – ähnlich wie bei der Versorgung der Pflegebedürftigen insgesamt – im Zeitverlauf eine Tendenz zur „Verheimung“ der Dementenbetreuung herauszubilden, die künftig u. a. aufgrund der sich drastisch verändernden sozio-demografischen Strukturen erheblich an Dynamik gewinnen dürfte, wenn es nicht gelingt, tragfähige wohnortnahe teilstationäre, ambulant-professionelle sowie häuslich-familiäre/ehrenamtliche Betreuungsstrukturen flächendeckend zu implementieren.

Hinsichtlich der künftigen Dimensionen des Demenz-Problems besteht zwar in der Fachwelt eine allgemeine Übereinstimmung darüber, dass die Zahl der demenziell Erkrankten zunehmen wird, unklar ist jedoch, in welchem Ausmaß dies der Fall sein wird. Als Einflussfaktoren können u. a. gelten:

- die absehbaren Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung, d. h. die zahlenmäßige Entwicklung insbesondere der oberen Altersgruppen;
- die Entwicklung und Umsetzung primär- und sekundärpräventiver sowie ressourcenorientierter gesundheitsfördernder Strategien zur Vermeidung bzw. zum zeitlichen Hinausschieben des Eintritts demenzieller Erkrankungen;
- die Entwicklung und möglichst flächendeckende Implementierung intersektoral und interprofessionell vernetzter Behandlungs- und Betreuungsformen für bereits (leichter) demenziell Erkrankte, einschließlich der Förderung des Aufbaus und der Unterstützung niedrigschwelliger (d. h. auch nicht- und semi-professioneller) Be-

³ Repräsentative Erhebungen von Infratest kamen Mitte und Ende der neunziger Jahre zu dem Ergebnis, dass etwa die Hälfte aller Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen „psychische Veränderungen“ in einem Ausmaß aufweisen, „dass regelmäßig Anleitung oder Beaufsichtigung bei den alltäglichen Verrichtungen (z. B. beim sich Waschen oder beim Toilettengang) notwendig ist“. Ein weiteres Viertel der stationär Pflegebedürftigen ist „eher leichter verwirrt oder im Verhalten auffällig“, und nur das verbleibende Viertel ist „im wesentlichen unbeeinträchtigt“ (Schneekloth/Müller 2000: 135). – Siehe auch den Überblick über die Ergebnisse weiterer empirischer Studien zur stationären Demenz in: Vierter Bericht 2002: 167 f.

treuungsangebote durch die Kranken- und Pflegeversicherung sowie Länder, Städte und Gemeinden.

Vergleichsweise eindeutig quantifizieren lassen sich die künftigen Größenordnungen des Demenz-Problems lediglich im Hinblick auf die Entwicklungstrends der Bevölkerung und der Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland. Die von Bickel (1999) auf der Grundlage von Meta-Analysen vorgenommenen Schätzungen altersgruppenspezifischer Prävalenzraten für mittelschwere und schwere Fälle von Demenz (vgl. *Übersicht 1*) zeigen, dass das Demenzrisiko mit zunehmendem Alter drastisch ansteigt. Und sie verweisen darauf, dass altersgruppenübergreifende summarische Prävalenzraten (z. B. für die über 65-jährige oder über 70-jährige Bevölkerung insgesamt) allenfalls für Momentaufnahmen aussagekräftig, für regionale Vergleiche oder Zeitverlaufsanalysen (Prognosen) jedoch weniger geeignet sind, da sie die regional unterschiedliche und im Zeitverlauf sich sehr differenziert entwickelnde altersmäßige Zusammensetzung der Bevölkerung (insbesondere mit Blick auf die Hochbetagten) nicht berücksichtigen. Folgt man den von Bickel (1999) geschätzten und im Vierten Altenbericht der Bundesregierung (2002: 167) wiedergegebenen altersgruppenspezifischen Demenz-Prävalenzraten für die Bevölkerung ab 65 Jahren in Fünf-Jahres-Altersschritten (vgl. *Übersicht 1*) und hält diese über den Vorausberechnungszeitraum hinweg konstant, so lassen sich auf der Grundlage der Bevölkerungsfortschreibung (für Jahre 2000 bis 2002) sowie der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts⁴ (für die Jahre 2003 bis 2050) die mittel- und langfristigen Entwicklungen im Bereich (allein der mittelschweren und schweren) demenziellen Erkrankungen in Deutschland wie folgt skizzieren (vgl. *Übersicht 2* sowie die *Tabellen A 1 und A 2* im Anhang):

⁴ Zugrunde gelegt wird hier die im Rahmen der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis zum Jahr 2050 (Basisjahr: 2001) berechnete 5. Variante der Bevölkerungsentwicklung, die von einer konstanten Geburtenrate im früheren Bundesgebiet (1,4 Kinder je Frau), einer Angleichung der niedrigeren Geburtenraten in den neuen Ländern (1,2 Kinder je Frau) an das westdeutsche Niveau bis zum Jahr 2010, ferner von einer mittleren Zunahme der Lebenserwartung (um 6,0 Jahre auf 81,1 Jahre bei männlichen und um 5,5 Jahre auf 86,6 Jahre bei weiblichen Neugeborenen) sowie einem mittleren Zuwanderungssaldo von langfristig +200.000 Personen pro Jahr ausgeht (vgl. Statistisches Bundesamt 2003; Sommer 2003: 693 ff.). Die hier vorgenommene Rückberechnung auf das Ausgangsjahr 2000 und die Jahre 2001 und 2002 sowie die vorausberechneten Daten für die Jahre ab 2003 beziehen sich jeweils auf den 31. Dezember.

Übersicht 2:**Mittelschwer und schwer demenziell Erkrankte in Deutschland 2000-2050¹**

– Hochrechnung auf Basis der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung
des Statistischen Bundesamtes, Variante 5² –

Jahr	Anzahl der demenziell Erkrankten		Bevölkerung insgesamt		Bevölkerung im Alter von 65 Jahren u. älter		Anteil der demenziell Erkrankten an der Bevölkerung ...	
	abs. (Tsd.)	Index: 2000=100	abs. (Tsd.)	Index: 2000=100	abs. (Tsd.)	Index: 2000=100	ab 65 Jahren (%)	insgesamt (%)
<i>Ist:</i>								
2000	959,3	100	82.259,5	100	13.694,0	100	7,0	1,2
2001	977,5	102	82.440,3	100	14.065,7	103	6,9	1,2
2002	990,5	103	82.536,7	100	14.438,8	105	6,9	1,2
<i>Vorausberechnung:</i>								
2003	993,6	104	82.667,6	100	14.824,9	108	6,7	1,2
2004	1.020,4	106	82.786,2	101	15.302,1	112	6,7	1,2
2005	1.054,5	110	82.869,2	101	15.776,5	115	6,7	1,3
2010	1.129,7	124	83.066,2	101	16.588,7	121	7,2	1,4
2015	1.344,6	140	83.051,5	101	17.193,3	126	7,8	1,6
2020	1.498,3	156	82.822,1	101	18.219,0	133	8,2	1,8
2025	1.631,2	170	82.196,0	100	19.644,9	143	8,3	2,0
2030	1.735,5	181	81.220,3	99	21.615,3	158	8,0	2,1
2035	1.851,6	193	79.975,7	97	23.003,4	168	8,0	2,3
2040	2.026,5	211	78.539,4	95	22.785,6	166	8,9	2,6
2045	2.231,8	233	76.936,0	94	22.501,2	164	9,9	2,9
2050	2.359,2	246	75.117,3	91	22.240,3	162	10,6	3,1

¹ Stand: jeweils zum 31.12.

² Annahmen: Konstante Geburtenrate, langfristiger Wanderungssaldo etwa +200.000 pro Jahr, mittlere Zunahme der Lebenserwartung.

Quelle: Eigene Berechnungen nach Statistisches Bundesamt (Ifd.); Statistisches Bundesamt 2003; Bickel 1999.

- Die Zahl der Erkrankten wird sich – ausgehend vom Jahr 2000 – bis zum Jahr 2050 etwa verzweieinhalbfachen (+146 %), d. h. von knapp einer Million auf dann rund 2,4 Millionen Menschen anwachsen. Die Zunahme der Erkranktenzahl wird sich nach der Vorausberechnung relativ kontinuierlich vollziehen: Bereits im Jahr 2010 wird sie um ein Viertel höher liegen als im Jahr 2000, im Jahr 2020 um mehr als die Hälfte, bis 2035 wird sie sich nahezu verdoppelt haben usw. Diese Entwicklung geht auf gravierende Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung zurück, deren wichtigste Komponenten die extrem starken Wachstumsraten der obersten Altersgruppen sind.

- Da gleichzeitig die Bevölkerungszahl bis 2050 um 9 % abnehmen wird, während die Zahl der über 65-Jährigen insgesamt um 62 % steigt, führt dies zu einem im Zeitverlauf deutlich zunehmenden Anteil demenziell Erkrankter an der Bevölkerung. Er wird von derzeit 1,2 % auf 3,1 % der Bevölkerung insgesamt im Jahr 2050 bzw. von derzeit 7,0 % auf dann 10,6 % der über 65-Jährigen ansteigen.
- In allen Altersgruppen oberhalb von 65 Jahren werden die absoluten Zahlen demenziell Erkrankter bis 2050 per Saldo – bei zwischenzeitlichen Schwankungen und temporären Rückgängen – in unterschiedlichem Ausmaß zunehmen. Bis 2050 wird die Zahl demenziell Erkrankter gegenüber 2000 bei den 65- bis 69-Jährigen um 17 %, den 70- bis 74-Jährigen um 21 % und den 75- bis 79-Jährigen um 35 %, jedoch bei den 80- bis 84-Jährigen um 180 %, den 85- bis 90-Jährigen um 184 % sowie den über 90-Jährigen um 262 % steigen.
- Unter den genannten Bedingungen werden sich die demenziell Erkrankten deutlicher als bisher in den obersten Altersjahrgängen konzentrieren. Während gegenwärtig erst 46 % der demenziell Erkrankten älter als 85 Jahre (darunter 19 % älter als 90 Jahre) sind, wird der Anteil dieser Hoch- und Höchstaltrigen an den Erkrankten im Jahr 2050 ca. 59 % (bzw. 28 %) betragen.
- Die Zunahme der Demenzen wird sich in Deutschland zwar flächendeckend, aber in regional unterschiedlichem Ausmaß und Tempo vollziehen. In raumstruktureller Hinsicht werden die Altersdemenzen – dem Trend der Bevölkerungsentwicklung folgend – langfristig in den hochverdichteten und verdichteten Umlandkreisen der Großstädte in Agglomerationsräumen sowie in verstädterten Räumen, aber auch in Kreisen höherer Dichte in ländlichen Räumen überproportional zunehmen, während sie in den großstädtischen Ballungszentren und den Kernstädten verstädterter Räume nur unterdurchschnittlich wachsen. Insbesondere in den (heute vergleichsweise jungen) Umlandregionen der Agglomerationskerne wird die sich Zunahme der Zahl demenziell Erkrankter auch vergleichsweise schnell, d. h. innerhalb der nächsten 10-15 Jahre, vollziehen. Dies erfordert gerade in diesen Regionen den raschen Auf- und Ausbau entsprechender Versorgungsstrukturen, zumal hier insbesondere die professionell-ambulante Pflege-Infrastruktur wegen der derzeit noch günstigen Altersstrukturen teilweise nur schwach entwickelt ist.⁵

⁵ Die hier nur grob skizzierten raumstrukturellen Entwicklungstrends der Demenz wurden vom Verfasser für die kreisfreien Städte und Landkreise in Rheinland-Pfalz für Jahre 2000 bis 2050 untersucht. Sie dürften sich im Wesentlichen für die anderen (zumindest westdeutschen) Bundesländer verallgemeinern lassen. (Vgl. Priester 2004b.)

Die absoluten Zahlen und Anteile demenziell erkrankter Menschen müssen bei Berücksichtigung auch der leichteren Krankheitsfälle (vgl. *Übersicht 1*) noch wesentlich höher angesetzt, zumindest verdoppelt werden. Bei unveränderten altersspezifischen Prävalenzraten wäre demnach in Deutschland im Jahr 2050 mit bis zu 5 Millionen demenziell Erkrankten über 65 Jahren bei einer auf ca. 75 Millionen zurückgehenden Bevölkerungszahl zu rechnen.

Zu berücksichtigen ist ferner, dass für unsere Modellrechnung eine mittlere von insgesamt neun vom Statistischen Bundesamt berechneten Varianten der Bevölkerungsentwicklung zugrunde gelegt wurde, die bis zum Jahr 2050 weder zur größtmöglichen Bevölkerungszahl insgesamt noch zur größtmöglichen Zahl älterer Menschen ab 65 Jahren führt (vgl. Statistisches Bundesamt 2003). Sollten die Lebenserwartung bei der Geburt bzw. die fernere Lebenserwartung in den oberen Altersgruppen stärker als hier angenommen steigen und/oder die Zuwanderungssalden höher als unterstellt ausfallen, dann ließe dies die Zahl der älteren Bevölkerung – mithin auch die Zahl der demenziell Erkrankten – rechnerisch nochmals merklich ansteigen. Es muss demnach davon ausgegangen werden, dass es sich bei den hier angegebenen Zahlen um *Mindestgrößenordnungen* handelt.⁶

Vor dem Hintergrund der hier skizzierten Modellrechnung wird ersichtlich, dass sich die Demenz-Problematik mit hoher Wahrscheinlichkeit zu *der* Kardinalfrage künftiger Pflegepolitik entwickeln wird. Und dies geschieht von einer heute defizitären Versorgungsbasis aus. Das Demenz-Problem wird also künftig nicht nur *quantitativ* an Gewicht gewinnen, es muss innerhalb des Gesundheitswesens und des Systems der pflegerischen Versorgung darüber hinaus auch in *qualitativer* Hinsicht bearbeitet werden.

⁶ Die Zahl der demenziell Erkrankten würde langfristig übrigens auch dann (allerdings zwischen 2000 und 2050 nur um rund 23 %) steigen, wenn es z. B. gelänge, bis zum Jahr 2050 die altersspezifischen Prävalenzraten mittelschwerer und schwerer Fälle von Demenz kontinuierlich auf die Hälfte abzusenken. (Eigene Berechnungen nach Bickel 1999 und Statistisches Bundesamt 2003) – Zur Problematik derartiger Vorausberechnungen und Prognosen sowie zur Diskussion künftiger Entwicklungstendenzen von Morbidität und Pflegebedarf siehe im Übrigen zusammenfassend: Schlussbericht der Enquête-Kommission 2002: 232 ff.

II. Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz: Mehr Hilfen für demenziell Erkrankte – aber es bleiben Versorgungsdefizite

Einer der „Geburtsfehler“ der Pflegeversicherung besteht in der ihr zugrunde liegenden – wiewohl im SGB XI nicht explizit benannten – Fixierung auf vorwiegend körperliche Beeinträchtigungen und Gebrechen und damit in der tendenziellen Vernachlässigung psychischer Veränderungen und Erkrankungen (vgl. Priester 1993; MDS o. J. [1998]: 75 ff.; Schlussbericht der Enquête-Kommission 2002: 230 ff.; BMGS 2003: 186; Priester 2004a). Dies hat in der Praxis des Gesetzesvollzugs bzw. bei der Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Gesetz eine deutliche Benachteiligung von Menschen mit geistiger Behinderung, von psychisch Kranken und gerontopsychiatrisch veränderten Personen zur Folge (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2004: 202); der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen sieht hierin eine „Gerechtigkeitslücke“ (MDS o. J. [1998]: 8).

Der Politik sind diese Gestaltungsmängel bekannt; die Verringerung der rechtlichen und faktischen Ungleichheit von körperlich und psychisch Hilfebedürftigen vor dem Pflegeversicherungsgesetz war deshalb bereits in der vergangenen Legislaturperiode des Deutschen Bundestags Gegenstand politischer Absichtserklärungen und Aktivitäten. So hieß es in der rot-grünen Koalitionsvereinbarung vom Oktober 1998: „Die neue Bundesregierung setzt sich zum Ziel, die Qualität der Pflege und Betreuung zu erhalten und angesichts begrenzter Finanzspielräume weiter zu verbessern. Dazu werden folgende Maßnahmen ergriffen: (...) die bereits in der 13. Wahlperiode vereinbarten maßvollen Leistungsverbesserungen werden umgesetzt; zugleich wird geprüft, wie die Betreuung Demenzkranker bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und ob ‚Arbeitgebermodelle‘ berücksichtigt werden können“ (Aufbruch und Erneuerung 1998: Ziff. VI.7). In ihrem Zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom März 2001 formulierte die Bundesregierung: „Die bessere Berücksichtigung des besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarfs des Personenkreises der geistig behinderten, psychisch kranken und gerontopsychiatrisch veränderten Menschen (im folgenden als ‚Demente‘ bezeichnet) ist eines der drängendsten Probleme in der Pflegeversicherung. Das Gesetz sowie alle weiteren Regelungen zur Umsetzung der Pflegeversicherung haben zwar durchaus die Gleichbehandlung psychisch Kranker, geistig Behinderter und demenziell erkrankter Menschen zum Ziel, deren

Pflegebedürftigkeit auf einer körperlichen Erkrankung beruht. Jedoch geht der Hilfe- und Betreuungsbedarf dementer Menschen oftmals über den Hilfebedarf bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität (Grundpflege) und hauswirtschaftliche Versorgung hinaus, den die Pflegeversicherung für ihre Leistungen ausschließlich zugrunde gelegt. Dies wird von den Betroffenen und ihren pflegenden Angehörigen, die in hohem Maße physisch und psychisch belastet sind, als unbefriedigend empfunden. Die stärkere Berücksichtigung des nicht verrichtungsbezogenen allgemeinen Hilfe- und Betreuungsbedarfs Dementer im Rahmen der Pflegeversicherung ist daher eine der Hauptforderungen aller am Pflegegeschehen Beteiligten und ein zentrales Anliegen der Bundesregierung. Angesichts des derzeit sehr begrenzten finanziellen Spielraums für Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung ist es allerdings nicht möglich, die Demenzproblematik vollständig zu lösen, der Teilsicherungscharakter der Pflegeversicherung wird grundsätzlich auch in diesem Bereich nicht verändert werden können.“ (Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung 2001: 25 f.)

In dem im Jahr 2001 vorgelegten Entwurf der rot-grünen Koalition für ein Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz wurde diese Argumentationslinie nahezu wortgleich übernommen. In der Gesetzesbegründung heißt es, die bisher geltenden pflegerechtlichen Regelungen hätten „zwar durchaus die Gleichbehandlung psychisch Kranker und geistig Behinderter mit Menschen zum Ziel, deren Pflegebedürftigkeit auf einer körperlichen Erkrankung beruht“. Tatsache sei jedoch auch, „dass der Hilfe- und Betreuungsbedarf des Personenkreises der gerontopsychiatrisch veränderten Menschen sowie der geistig behinderten sowie der psychisch kranken Menschen oftmals über den Hilfebedarf bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität (Grundpflege) und hauswirtschaftliche Versorgung hinausgeht, den die Pflegeversicherung für ihre Leistungen ausschließlich zugrundelegt. (...) Die bessere Berücksichtigung des nicht verrichtungsbezogenen allgemeinen Hilfe- und Betreuungsbedarfs im Rahmen der Pflegeversicherung ist daher eine der Hauptforderungen aller am Pflegegeschehen Beteiligten und ein wesentliches Anliegen der Bundesregierung.“ (Gesetzesentwurf 2001: Begründung, A.I)

Umgesetzt wurden diese Überlegungen in Art. 1 Nr. 6 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes von 2001, mit dem das Pflege-Versicherungsgesetz (SGB XI) geändert wurde (vgl. Gesetz 2001). Seitdem gilt, dass Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung gemäß §§ 14 und 15 SGB XI ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist – also Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit „demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen“ – (§ 45a), zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen und zu deren Finanzierung einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr erhalten können (§ 45b).

Die allgemeine Situationsbeschreibung der Bundesregierung hinsichtlich der Unterversorgung des genannten Personenkreises und die Betonung der Notwendigkeit, hier Verbesserungen herbeizuführen, sind sicher zutreffend. Allerdings sind die hierzu im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vorgenommenen Veränderungen aus den nachfolgend angeführten Gründen nicht geeignet, die von der Bundesregierung benannten Zielsetzungen vollständig und nachhaltig zu erfüllen.

1. Enger Pflegebedürftigkeits-Begriff reduziert Zahl der Anspruchsberechtigten

So wird der vergleichsweise enge Pflegebedürftigkeits-Begriff des Pflegeversicherungsgesetzes unverändert beibehalten – mit der Folge, dass Pflegebedürftige ohne mindestens „erheblichen“ (oder höheren) Pflegebedarf im Sinne des Gesetzes („Stufe 0“) einen Anspruch auf die neuen Leistungen auch dann nicht erhalten, wenn sie einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf haben. Die Leistungen bleiben auf die schon bisher anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen der Stufen I, II und III beschränkt; eine Ausweitung des begünstigten Personenkreises ist nicht vorgesehen.

Eine solche Regelung ist u. a. deshalb nicht problemangemessen und bedarfsgerecht, weil die (mutmaßlich zahlreichen) Hilfebedürftigen der Stufe 0 mit teilweise beträchtlichem allgemeinen Betreuungsbedarf von bis zu 45 Minuten pro Tag gerade im Hinblick auf die Verhinderung des Eintritts von (schwererer) Pflegebedürftigkeit – also in durchaus präventiver Absicht – eine bevorzugte Zielgruppe für Leistungsverbesserungen sein müssten. Diese Chance wurde mit der Beibehaltung des einge-

engten Pflegebegriffs und damit auch der Begrenzung des Kreises der potentiell Leistungsberechtigten vertan. Die Bundesregierung erfüllt damit auch nicht die Erwartungen, die mit der in ihrer Koalitionsvereinbarung von 1998 formulierten Selbstverpflichtung verknüpft wurden: nämlich prüfen zu wollen, „wie die Betreuung Demenzkranker bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ berücksichtigt werden kann. Sie ignoriert ferner die von ihr selbst in der Begründung des Gesetzentwurfs hervorgehobene Bedeutung einer „gezielte(n) Prävention“, „frühzeitige(n) Diagnostik und „umfassende(n) ganzheitliche(n) Therapie“ für die Verbesserung der Betreuung „nur“ demenziell Erkrankter.

2. *Enger Demenz-Begriff führt zu Unklarheiten über Zielgruppe*

Im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz wird zudem zumindest implizit der Kreis der Anspruchsberechtigten der neuen zusätzlichen Leistungen mehr oder minder stark auf „Demente“ oder „demente Pflegebedürftige“ verengt, selbst wenn im Gesetzentwurf bei weitem nicht durchgängig nur von „Dementen“, „demenzkranken Mitbürgern“, „Pflegebedürftigen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen“ usw. gesprochen wird. Insgesamt handelt es sich bei dem als Zielgruppe des Gesetzes anvisierten Personenkreis um Pflegebedürftige mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Dies ist der Gesetzesbegründung zufolge „der Personenkreis der gerontopsychiatrisch veränderten Menschen sowie der Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung“ (Gesetzentwurf 2001: Begründung A.II). Bei der Bestimmung des Personenkreises werde ebenso wie bei der Definition der Pflegebedürftigkeit „nicht auf bestimmte Krankheitsdiagnosen abgestellt, sondern auf einen tatsächlichen Hilfebedarf, der durch bestimmte Defizite in den so genannten Alltagskompetenzen ausgelöst ist“ (Gesetzentwurf 2001: Begründung, A.II) bzw. sich auf (negative) „Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (...), die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben“ (§ 45a), bezieht.

Hierzu ist zweierlei anzumerken: Zum einen ist die in § 45a Abs. 2 angeführte, 13 Punkte umfassende Kriterienliste für die Beurteilung der Einschränkung der Alltagskompetenz weitestgehend auf Demenzkranke oder gerontopsychiatrisch veränderte Menschen und weniger auf psychisch Kranke oder Menschen mit geistiger Behinde-

rung im allgemeinen abgestellt. Es muss bezweifelt werden, dass die spezifischen Betreuungsbedarfe beispielsweise eines jüngeren psychisch Erkrankten oder geistig Behinderten hierdurch ebenso adäquat abgebildet werden können wie die eines demenzkranken alten Menschen. Zum anderen muss aus pflegewissenschaftlicher Sicht kritisiert werden, dass die Kriterienliste darüber hinaus auch noch defizitorientiert angelegt ist. Dies steht im Widerspruch zu einer von der Pflegewissenschaft seit längerer Zeit favorisierten, stärker an den (noch vorhandenen) Fähigkeiten von (älteren, beeinträchtigten, behinderten, kranken, pflegebedürftigen) Menschen orientierten Sicht auf eventuelle Hilfebedarfe.

3. *Unbestimmte Rechtsbegriffe präjudizieren Restriktionen*

Ferner arbeitet das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz an verschiedenen Stellen mit unbestimmten Rechtsbegriffen, die in der Gesetzesanwendung sozialrechtliche Probleme aufwerfen dürften, weil sie zu einer uneinheitlichen Praxis bei der Bestimmung des Betreuungsbedarfs und damit der Gewährung und Inanspruchnahme der neuen Leistungen führen können. Von zentraler Bedeutung sind hierbei die Begriffe „erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung“ sowie „erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz“ und ihre inhaltliche Ausfüllung. Auch die in das Gesetz aufgenommenen Formulierungen in § 45a Abs. 2 zur näheren Bestimmung dieses Begriffs allein sind noch zu vage, um Hilfebedarfe eindeutig bestimmen zu können. Sie ermöglichen zudem die eher restriktive Auslegung des Betreuungsbedarfs in den von den Krankenkassen-Spitzenverbänden mit anderen Institutionen zu beschließenden Richtlinien zur Begutachtung und Bedarfsfeststellung.⁷

4. *Stationär Pflegebedürftige werden benachteiligt*

Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz beschränkt die zusätzlichen Betreuungsleistungen auf Pflegebedürftige in häuslicher Pflege. Zweifellos sind bei diesem in der eigenen Häuslichkeit lebenden und vielfach vollständig allein oder vorrangig von Ange-

⁷ In dem von den Spitzenverbänden der Krankenkassen veröffentlichten Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 10. Oktober 2002 werden die Bedingungen für die Inanspruchnahme der neuen Leistungsansprüche nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz näher erläutert (vgl. AOK-Bundesverband u. a. 2002). Aus der Sicht des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen siehe: MDS o. J. [2001/ 2002]: 69 ff.

hörigen betreuten Personenkreis die größten Versorgungsdefizite im Hinblick (nicht nur) auf die neuen Leistungen vorhanden. Gleichwohl ist eine Begrenzung auf die häusliche Pflege nicht sachgerecht. Der Ausschluss stationär (in Heimen) betreuter Pflegebedürftiger von dem Anspruch auf die neuen Leistungen wird in der Begründung des Gesetzentwurfs mit dem Hinweis auf eine notwendige Prioritätensetzung angesichts begrenzter verfügbarer Finanzmittel in der Pflegeversicherung sowie auf die durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz von 2001 mit dem Instrument der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen gegebenen Möglichkeiten zur Verbesserung der stationären gerontopsychiatrischen Pflege begründet. Damit könne der besondere Bedarf an Leistungen der allgemeinen sozialen Betreuung für die in Frage stehende Klientel „genau abgebildet“ und müsse demzufolge auch „entsprechend vergütungsmäßig berücksichtigt“ werden (Gesetzentwurf 2001: Begründung, A.I).

Es sind erhebliche Zweifel angebracht, ob sich diese Verheißungen des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes künftig realisieren lassen. Hierzu müssten zunächst einmal die Zahl der Personen mit erhöhtem allgemeinem Betreuungsbedarf in Heimen sowie deren konkrete Hilfebedarfe bestimmt werden. Da sich die Begutachtungen des Medizinischen Dienstes nach § 45a des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes aber nur auf Pflegebedürftige in häuslicher Umgebung beziehen, können solche Begutachtungen in stationären Einrichtungen nicht stattfinden. Ob die künftig abzuschließenden Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen selbst bei nachgewiesenem zusätzlichem Betreuungsbedarf von Heimbewohnern diesen auch tatsächlich in vergütungsmäßig angemessener Weise und Höhe berücksichtigen werden, bleibt abzuwarten.

5. *Höhe und Zweckbindung der neuen Betreuungsleistungen sind unzulänglich*

Die im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vorgesehenen zusätzlichen Betreuungsleistungen sind hinsichtlich der Höhe der zur Verfügung gestellten Geldbeträge, ihrer Zweckbindung sowie der Modalitäten ihrer Gewährung zu kritisieren:

- So könnten mit dem *vorgesehenen Betreuungsbetrag* bis zu von 460 Euro jährlich etwa 15 ganztägige Betreuungen (zu je 30 Euro gemäß dem baden-württembergischen Betreuungsgruppen-Beispiel in der Gesetzesbegründung, A.II) finanziert werden. Je Kalendertag ergibt sich rechnerisch 1,26 Euro. Beträge in dieser Höhe

stellen für die Pflegebedürftigen und ihre Familien keine wirklich nennenswerte Entlastung dar. Jenseits der Höhe der zur Verfügung gestellten Finanzmittel stellt sich die Frage, ob – im Hinblick auf die Erfordernisse bzw. die Sinnhaftigkeit des Pflege- und Betreuungsprozesses – Betreuungsformen außerhalb der häuslichen Umgebung von Pflegebedürftigen, wenn sie aus finanziellen Gründen nur sporadisch in Anspruch genommen werden können (also eher episodischen, jedenfalls keinen regelmäßigen und regelhaften Charakter haben), die häusliche Pflegesituation verbessern und insbesondere die Belastungen pflegender Angehöriger wirklich nachhaltig reduzieren können. Es steht zu befürchten, dass bei Inanspruchnahme nur gelegentlicher, unregelmäßiger außerhäuslicher Betreuungsangebote auch gegenteilige Effekte eintreten könnten, indem z. B. routinisierte häusliche Pflegearrangements, Betreuungsabläufe und -rhythmen hierdurch gestört werden, mithin der familiäre Pflegealltag „durcheinander gebracht“ wird. Diese Gefahren könnten jedoch geringer sein, wenn außerhäusliche Betreuungsangebote häufiger und regelmäßig wahrgenommen werden. 15 Betreuungstage pro Jahr unterstellt, ergäbe sich ein „ganzer“ Betreuungstag etwa alle dreieinhalb Wochen. Dies ist selbst als punktuell wirkende Entlastung für pflegende Angehörige zu wenig, und es ist zu wenig, um mehr als eine Episode im Pflegealltag zu sein bzw. routinisierte Abläufe nicht einfach zu stören, sondern (im positiven Wirkungssinn) bereichern zu können. Rein quantitativ betrachtet wäre eine ganztägige Betreuung pro Woche ein plausibler Ansatz, um die geforderte Regelmäßigkeit herstellen zu können. Dies entspräche einem Betreuungsbetrag von etwa 1.600 Euro jährlich gemäß dem angeführten Rechenbeispiel.

- Der vorgesehene zusätzliche Betreuungsbetrag ist § 45b Abs. 1 zufolge ferner „*zweckgebunden* einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen“, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von (entsprechenden zusätzlichen) Leistungen der Tages und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, zugelassener Pflegedienste sowie (nach Landesrecht anerkannter) niedrighschwelliger Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind, entstanden sind – „und die gleichzeitig infrastrukturprägende Wirkungen haben“ (Gesetzentwurf 2001: Begründung, A.II). Der Betreuungsbetrag soll demnach den Anspruchsberechtigten nicht wie das Pflegegeld im Voraus und weitgehend zur freien Verwen-

derung ausgezahlt werden, sondern er muss zweckgebunden im genannten Sinne eingesetzt werden.

Einmal abgesehen davon, ob es in absehbarer Zeit überhaupt gelingt, flächendeckend (und auf der Ebene der Bundesländer erst einmal durch entsprechende Landesverordnungen⁸ zu definierende und reglementierende) qualitätsgesicherte Betreuungsangebote in hinreichender Zahl für die geschätzten rund 500.000 bis 550.000 durch das Gesetz potentiell Begünstigten (vgl. Gesetzentwurf 2001: Begründung, A.II) zu den aufgrund der geringen vorgesehenen Betreuungsbeträge erforderlichen Niedrigpreisen – und dies in regionaler und sachlicher Hinsicht in möglichst bedarfsgerechter Verteilung – bereitzustellen, ist diskussionswürdig, ob die im Gesetz vorgesehene Zweckbindung generell sinnvoll ist. Dies gilt insbesondere angesichts der geringen Höhe des Betreuungsbetrags. Natürlich kann einerseits nicht ernsthaft gegen das Kriterium „qualitätsgesichert“ für entsprechende Angebote argumentiert werden; nachvollziehbar ist auch das Bestreben des Gesetzgebers, nicht einfach Geldmittel „mit der Gießkanne“ für nicht näher bestimmte Zwecke (und kaum kontrollierbare Leistungen von Anbietern) verteilen zu wollen, ohne dass der intendierte qualitativ-betreuerische Zusatznutzen sichergestellt wäre. Andererseits aber die Inanspruchnahme der neuen Leistungen in derart geringer Höhe nicht nur stark zu reglementieren, sondern darüber hinaus auch noch mit der Verpflichtung, strukturfördernde Wirkungen entfalten zu müssen, zu belasten, erscheint überzogen, wenn nicht kontraproduktiv. In der Tendenz erschweren die in dem Gesetz gemachten Auflagen die Inanspruchnahme der neuen Leistungen.

Ginge es der Bundesregierung vorrangig um – unbedingt zu befürwortende – Infrastrukturverbesserungen im ambulanten Pflegesektor, so ließen sich diese wahrscheinlich auch durch eine Erweiterung der Pflege-Sachleistungen nach § 36 SGB XI um Betreuungsleistungen erzielen, zumal die derzeit geltende Rechtslage in diesem Bereich mit der Beschränkung von Sachleistungen auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sich nachteilig für „nur“ psychisch Kranke, geistig Behinderte oder Demenzkranke auswirkt. Zu erwägen wäre deshalb mit einiger Berechtigung genauso gut, den Anspruchsberechtigten nach § 45 des Pfl-

⁸ Im Land Rheinland-Pfalz beispielsweise ist eine Landesverordnung über die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und von Modellvorhaben nach § 45c SGB XI erst Ende Dezember 2003, also etwa zwei Jahre nach dem Inkrafttreten des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (1. Januar 2002), erlassen worden (vgl. Landesverordnung 2004).

geleistungs-Ergänzungsgesetzes mehr Wahlfreiheiten bei der Mittelverwendung bzw. der Inanspruchnahme von Betreuungsangeboten zu gewähren, anstatt durch allzu rigide Einengungen möglicherweise niedrige Inanspruchnahmequoten zu begünstigen.

- Die *Modalitäten der Gewährung des zusätzlichen Betreuungsbetrags* sind ferner hinsichtlich ihrer Anlage als Erstattungsleistung auf Antrag des Pflegeversicherten kritikwürdig. Dieser Ansatz ist im Prinzip systemfremd. Er widerspricht dem Sachleistungs- und Geldleistungsprinzip des SGB XI insofern, als der zuständigen Pflegekasse Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen vorgelegt werden müssen (§ 45b Abs. 2). Weder die Vorfinanzierung dieser Leistungen durch die Pflegeversicherten, also die Einführung des Kostenerstattungsprinzips mit allen seinen Unwägbarkeiten für die betroffenen Versicherten, noch ein umständliches Antragsverfahren erscheinen angesichts des Stellenwerts der neuen Betreuungsleistungen angemessen.

6. *Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen durch kostengünstige niedrigschwellige Angebote?*

Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz beabsichtigt mit dem Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Angebote insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige sowie deren finanzieller Förderung durch Pflegekassen sowie Länder und kommunale Gebietskörperschaften eine Weiterentwicklung (ambulanter) Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte (§ 45c). Dies ist zunächst prinzipiell zu begrüßen, fraglich ist allerdings, ob die in dem Gesetzentwurf hierfür vorgesehenen Fördermittel in Höhe von 20 Millionen Euro pro Jahr nachhaltig zur Erreichung dieser Zielsetzungen beitragen können.

Zudem ist die beabsichtigte Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote – das sind gemäß § 45c Abs. 3 „Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 45a) in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend

unterstützen“ – durchaus ambivalent zu beurteilen: Zum einen kann die Förderung der Unterstützung von Selbsthilfegruppen im Bereich der Betreuung des betreffenden Personenkreises dienen; sie belohnt in gewisser Weise damit ehrenamtliches Engagement. Zum anderen dient diese finanzielle Förderung aber offenkundig auch dem Auf- und Ausbau möglichst preisgünstiger Betreuungsangebote. Ehrenamtliche Arbeit mit Demenzkranken, psychisch Kranken und Behinderten wird auf dieser Grundlage nicht nur einfach eine Ausweitung erfahren, sondern sie könnte zum Normalfall der Betreuung werden, weil (teurere) professionelle und qualitätsgesicherte Betreuungsangebote in ausreichender Zahl bislang nicht existieren und mit den künftig zur Verfügung stehenden Betreuungsbeträgen auch nicht zu finanzieren sind. Wenn das Gesetz die Qualität von Betreuungsleistungen einfordert, kann es von der Finanzierung (zumindest teilweise) professionell erbrachter bzw. begleiteter Angebote nicht absehen. Ein flächendeckendes, bedarfsgerechtes und qualitätsgesichertes Netz an Betreuungsangeboten lässt sich dauerhaft und verlässlich nicht in erster Linie auf der Basis der Ehrenamtlichkeit aufbauen und aufrechterhalten.

7. Beratende externe Pflegeeinsätze als Angebot oder Zwang?

Die in Art. 1 Nr. 2 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vorgenommene Veränderung von § 37 Abs. 3 SGB XI beabsichtigt zum einen die Veränderung der Zielsetzung und der Frequenz der bisherigen verpflichtenden Pflegeeinsätze durch eine Pflegeeinrichtung bei in häuslicher Umgebung betreuten Pflegebedürftigen, die Pflegegeld beziehen; zum anderen werden diese Beratungsleistungen auf die neuen Leistungsbezieher mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf ausgeweitet.

Generell ist die Sinnhaftigkeit beratender Pflegeeinsätze professioneller ambulanter Einrichtungen bei Inanspruchnahme von Pflegegeld als Beitrag zur externen Qualitätssicherung im Bereich der „Laienpflege“ nicht zu bestreiten. Allerdings haben sich diese Pflicht-Pflegeeinsätze in der Vergangenheit im Bewusstsein der betroffenen Pflegebedürftigen und ihrer (familiären) Pflegepersonen nicht immer nur als Beratungseinsätze gestaltet, sondern sie sind oftmals auch auf ihre (Teil-)Funktion als Kontrollinstrument „von außen“ reduziert worden. Insofern ist es zu begrüßen, dass in der Neufassung des § 37 Abs. 3 nunmehr deutlicher auf den Beratungscharakter dieser Pflichteinsätze abgehoben wird. Gleichwohl bleiben diese Einsätze auch nach

dem neuen Recht Pflichteinsätze, die der Pflegebedürftige abzurufen *hat*; widrigenfalls ist ihm von der Pflegekasse das Pflegegeld „angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen“ (§ 37 Abs. 6).

Zu fragen ist im übrigen, ob der Charakter externer Beratungseinsätze als Instrument der Qualitätssicherung nicht am ehesten noch dadurch gestärkt werden könnte, indem man sie jeglicher Zwangsaspekte entkleidet und zu einem allgemeinen *Anspruch* Pflegebedürftiger aller Versorgungsformen (also nicht nur der Empfänger von Pflegegeld) im häuslichen Bereich umdefiniert.

Soll ferner eine kontinuierliche Inanspruchnahme von Beratungsleistungen erreicht werden, dann darf allerdings nicht – wie vorgesehen – eine faktische Reduzierung der maximalen Einsatzzahl pro Halbjahr bzw. Vierteljahr bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis III ohne höheren allgemeinen Betreuungsbedarf vorgenommen werden. Diese Pflegebedürftigen sollten – wie nunmehr auch die Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes – die Beratungseinsätze zweimal pro Halbjahr bzw. Vierteljahr abrufen dürfen.

Qualifizierte Beratungseinsätze durch professionelles Pflegepersonal bedürfen zudem einer erheblich besseren finanziellen Vergütung als in dem Gesetz vorgesehen. Die in § 37 Abs. 2 genannten Beträge von „bis zu 16 Euro“ in den Pflegestufen I und II sowie „bis zu 26 Euro“ in der Pflegestufe III erlauben schon allein hinsichtlich des hierfür zugrunde zu legenden zeitlichen Umfangs keine hinreichende Beratung. Im Übrigen ist fraglich, ob eine derartige Vergütungs differenzierung nach Pflegestufen sachlich angemessen ist.

III. Reformoptionen für die künftige Ausgestaltung von Leistungen für demenziell Erkrankte im Rahmen der Pflegeversicherung

Bei kritischer Würdigung der mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vorgenommenen Veränderungen kann insgesamt – zumindest potentiell, flächendeckende Erfahrungen liegen noch nicht vor – ein leichter Fortschritt in der Betreuung von Pflegebedürftigen mit erhöhtem allgemeinen Betreuungsbedarf, mithin auch eines Teils der demenziell Erkrankten, konstatiert werden. Gleichwohl bleibt dieser Personenkreis – was die Anzahl sowie den Anteil der von den neuen Regelungen Begünstigten an allen Hilfe- und Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bzw. erhöhtem allgemeinen Beaufsichtigungs- oder Betreuungsbedarf und ferner die zur Verfügung stehende Betreuungszeit professionellen Pflegepersonals betrifft – im Rahmen der Pflegeversicherung nach wie vor unterversorgt. Dies ist der Bundesregierung offenbar bewusst. Wenngleich sich die rot-grünen Koalitionspartner in ihrem Koalitionsvertrag vom Oktober 2002 zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung insgesamt eher sibyllinisch äußern, so haben sie sich für die laufende Legislaturperiode des Bundestags doch „im Sinne einer ganzheitlichen Pflege vor allem (...) die Sicherung der Qualität und eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich“ vorgenommen (Erneuerung – Gerechtigkeit – Nachhaltigkeit 2002: 47).

Bundesgesundheitsministerin Schmidt skizzierte im Herbst 2003 ihre Überlegungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Der Bundesregierung, so Schmidt, gehe es „vor allem darum, die Pflegeversicherung für die betroffenen Menschen zu verbessern. Ich nenne hier die Dynamisierung der Leistungen und die Pflege von demenzkranken Menschen.“ Letzteres wird von ihr wie folgt konkretisiert: „Bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (insbesondere demenziell Erkrankte) wird bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zu den Pflegestufen zu dem im Bereich der Grundpflege festgestellten zeitlichen Hilfebedarf ein pauschaler Zeitzuschlag von 30 Minuten täglich hinzuaddiert. Dadurch dürften bis zu 60.000 demenziell erkrankte Menschen erstmals in den Genuss von Leistungen der Pflegeversicherung kommen. Eine noch größere Zahl Pflegebedürftiger dürfte in höhere Pflegestufen als bisher eingestuft werden.“ (Schmidt 2003) Gleichzeitig sollen jedoch u. a. die für Sachleistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellten

Beträge im ambulanten und stationären Bereich „angeglichen“ werden, d. h. es wird eine drastische Absenkung der von der Pflegeversicherung zu erstattenden Kosten für die Heimpflege von Pflegebedürftigen der beiden unteren Stufen I und II bei gleichzeitiger (allerdings wesentlich geringerer) Anhebung der Beträge für die professionelle häusliche Pflege von Pflegedürftigen aller Stufen erwogen. Damit soll „entsprechend dem Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ die häusliche Pflege gestärkt“ (Schmidt 2003) werden. Es sei dahingestellt, ob sich hieraus der gewünschte Substitutionseffekt zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ergeben wird; denn die häusliche Versorgung Pflegebedürftiger stößt bereits heute an die Grenzen familiärer Belastbarkeit, die sich in vielen Fällen auch durch mehr professionell erbrachte Leistungen im häuslichem Zusammenhang nicht mehr ausdehnen lässt. Insbesondere dürfte dies für z. B. demenziell Erkrankte mit hohem (und im Krankheitsverlauf weiter wachsendem), rund um die Uhr anfallendem allgemeinem Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf jenseits zeitlich limitierter und limitierbarer grundpflegerischer Verrichtungen gelten. Kann dieser Bedarf im häuslich-familiären Zusammenhang nicht mehr befriedigt werden, nimmt der Drang in die vollstationäre Heimversorgung zu – ein Trend, der sich selbst durch (in Maßen) ausgeweitete ambulante Versorgungsleistungen allenfalls aufhalten, dauerhaft jedoch kaum umkehren lassen wird.

Schmidts Überlegungen zur künftigen Versorgung demenziell Erkrankter fußen auf Berechnungen auf der Basis von Begutachtungsergebnissen des Medizinischen Dienstes (MDS o. J. [1998]: 75 ff.) und knüpfen an entsprechende Vorschläge der Rürup-Kommission an. Die Rürup-Kommission hatte in ihrem 2003 vorgelegten Schlussbericht die Versorgungslücken in diesem Bereich moniert und vorgeschlagen, die aus der „Umfinanzierung der stationären Behandlungspflege frei werdenden Mittel“⁹ für Leistungsverbesserungen für Demenzzranke und geistig Behinderte zu verwenden (vgl. BMGS 2003: 185 ff. und 197 ff.). Die Kommission schätzt, dass bei Berücksichtigung eines pauschalen Zeitzuschlags von 30 Minuten täglich zum im Bereich der Grundpflege festgestellten zeitlichen Hilfebedarf zusätzlich etwa 60.000 Personen durch die erstmalige Einstufung in die Pflegestufe I Leistungen der Pflegeversicherung erhalten würden. Zudem würden rund 84.000 Pflegebedürftige von der

⁹ Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz wurde eine Änderung des SGB V (§ 43b) beschlossen, der zufolge ab dem 1.1.2005 die Gesetzliche Krankenversicherung (anstelle der Pflegeversicherung) die Kosten der in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen erbrachten „notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege“ tragen muss.

Pflegestufe I nach Pflegestufe II und rund 34.000 Personen von der Pflegestufe II nach Pflegestufe III höhergestuft werden können. Die mit der Einführung des Zeitzuschlags verbundenen Mehrausgaben werden auf 750 Millionen Euro geschätzt. Die Kommission geht davon aus, dass sich der pauschale Zeitzuschlag in dem skizzierten Umfang zunächst kostenneutral realisieren ließe, schließt aber für die Zukunft – u. a. abhängig von der Entwicklung der Zahl demenziell Erkrankter – die Notwendigkeit neuerlicher „Umfinanzierungen“ zur Erhaltung von Zusatzleistungen für demenziell Erkrankte im Rahmen der Pflegeversicherung nicht aus. (BMGS 2003: 198 f.)¹⁰

Insgesamt wird mit den Vorschlägen der Rürup-Kommission und den bisher bekannt gewordenen Plänen der Bundesgesundheitsministerin zur Verbesserung der Versorgung demenziell Erkrankter im Rahmen der Pflegeversicherung der mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz begonnene Weg fortgesetzt. Sie sind nach der Einschätzung etwa der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (2004) „längst überfällig“. Sie werden die aktuellen Versorgungsprobleme jedoch nur abmildern können. Nach wie vor bliebe das „Kernproblem“ ungelöst, „dass der Hilfebedarf bei Demenzkranken vor allem in der intensiveren Betreuung und bei Aufpassfunktionen liegt, dieser Hilfebedarf jedoch nicht als versicherungsrechtliche Leistung definiert ist. Betreuungs- und Aufpassfunktionen gehören zu der Eigenleistung der Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen. Das heißt, Pflegebedürftige mit Demenz müssen mehr Eigenleistungen erbringen als andere.“ (Runde/Giese 2004: 6 f.) Zwar würde mit der von der Rürup-Kommission und der Bundesgesundheitsministerin vorgeschlagenen pauschalen Aufstockung des Zeitbedarfs um 30 Minuten die bisherige Grenzziehung zwischen Pflegebedarf und Betreuungsbedarf aufgehoben, also eine Sonderregelung für eine spezielle Zielgruppe unter den Hilfe- und Pflegebedürftigen geschaffen werden, doch bedeutet dies nicht unbedingt auch, dass *jeder* demenziell Erkrankte automatisch mehr Leistungen erhielte¹¹; allerdings liegt der Vorteil für *alle* potentiell Betroffenen darin, dass sowohl eine Erseinstufung als Pflegefall nach SGB XI als auch eine Höherstufung schneller erreicht werden können als ohne eine solche Regelung (vgl. Runde/Giese 2004: 7).

¹⁰ Selbst wenn die Rechnung der Kommission aufginge, was keineswegs als sicher gelten kann, bezöge sich „Kostenneutralität“ allenfalls auf die Pflegeversicherung. Für die Gesetzliche Krankenversicherung, die Verliererin dieser „Umfinanzierung“, entstünden natürlich Mehrausgaben.

¹¹ So würden z. B. Pflegebedürftige mit einem Pflegebedarf von 1 ½ Stunden (Stufe I) bei einem pauschalen Zeitaufschlag von 30 Minuten die für die Eingruppierung nach Stufe II erforderlichen 2 ½ Stunden Pflegebedarf nicht erreichen (vgl. Runde/Giese 2004: 7).

Ob sich hierdurch der – letztlich individuell ja nicht selbst gewählte und frei bestimmbare – Drang in die vollstationäre Versorgung demenziell Erkrankter aufhalten lässt, ist fraglich. Vieles wird davon abhängen, ob es mittelfristig gelingt, professionell-ehrenamtliche Versorgungsstrukturen flächendeckend zu entwickeln, die die salutogenetischen Ressourcen und Selbsthilfepotentiale insbesondere von Menschen an der Schwelle zur Demenz sowie von leichter demenziell Erkrankten stärken. Hierzu bedarf es jedoch neben der finanziellen Besserstellung ambulant betreuter demenziell Erkrankter bzw. der sie pflegenden Angehörigen u. a. der Qualifizierung des hauptberuflich pflegenden Personals und insbesondere auch der ehrenamtlichen Helfer/innen in diesem Bereich; beide Gruppen zeichnen sich gegenwärtig noch durch sehr große Defizite im Hinblick auf sozial-gerontologische, gerontopsychiatrische und der Klientel angepasste spezielle pflegewissenschaftliche Kenntnisse aus (vgl. ISGOS 2002: 15 ff. und 27; Antrag der Abgeordneten Verena Butalikakis [u. a.] 2004: 4).

Die Bundesregierung wird sich bereits kurzfristig – u. a. wegen des bis Ende 2004 umzusetzenden Urteils des Bundesverfassungsgerichts zum Pflege-„Familienlastenausgleich“¹² sowie auch wegen mittelfristig akuter werdender Finanzierungsprobleme – weder einer generellen Neuausrichtung der Pflegeversicherung insgesamt noch einer Verbesserung der Versorgung namentlich von Demenzkranken entziehen können (vgl. Priester 2004a; Simon 2003). Nachdem die Koalitionsfraktionen Mitte Januar 2004 im Bundestag einen gemeinsamen Antrag zur Verbesserung der Situation demenziell Erkrankter eingebracht hatten (vgl. Antrag der Abgeordneten Hilde Mattheis [u. a.] 2004) – wie vor ihnen, wenn auch mit weniger weit reichenden Inhalten, schon die FDP-Fraktion (vgl. Antrag der Abgeordneten Detlef Parr [u. a.] 2002) und die Fraktion der CDU/CSU (vgl. Antrag der Abgeordneten Verena Butalikakis [u. a.] 2004) –, in dem die Messlatte für künftige Veränderungen in diesem Bereich sehr hoch gehängt wurde, kündigte Ministerin Schmidt Ende Januar 2004 im Bundestag an, noch in dieser Legislaturperiode „die notwendigen Schritte unternehmen“ zu wollen, „um die Versorgung von Demenzkranken und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu verbessern“ (Schmidt 2004a). Allerdings hat Bundeskanzler Ger-

¹² Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 3.4.2001 (Az.: 1 BvR 1629/94) festgestellt, dass es mit dem Grundgesetz unvereinbar sei, dass Mitglieder der Sozialen Pflegeversicherung, die Kinder betreuen und erziehen, mit einem gleich hohen Pflegeversicherungsbeitrag belastet werden wie kinderlose Mitglieder. Daraus folgt, dass künftig beitragspflichtige Versicherte mit einem oder mehreren Kindern gegenüber kinderlosen Versicherten bei der Beitragsbemessung relativ zu entlasten sind. (Vgl. BMGS 2003: 196).

hard Schröder die Umsetzung des Konzepts der Gesundheitsministerin zur Pflegereform zwischenzeitlich gestoppt, weil man – Schmidt zufolge – „mit der SPD-Fraktion gemeinsam der Auffassung (war), dass wir eine weitere umfassende Reform in der jetzigen Situation nicht kommunizieren können“ (Schmidt 2004b). Nach dem Diskussionsstand vom Frühjahr 2004 soll nunmehr zunächst das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Entlastung von Eltern in die Finanzierungsmodalitäten der Pflegeversicherung eingearbeitet werden. Ob dem weitere Reformschritte folgen werden, steht dahin: „Danach müssen wir darüber reden, ob wir darüber hinaus Leistungsverbesserungen bei der Pflege haben wollen und wie das bezahlt werden kann.“ (Schmidt 2004b)

Literatur

- Antrag der Abgeordneten der Abgeordneten Detlef Parr [u. a.] (2002): Für ein Gesamtkonzept zur Verbesserung der Früherkennung und Behandlung von Demenz. Deutscher Bundestag, 15. Wahlperiode, Drucksache 15/228 vom 18.12.2002. Berlin.
- Antrag der Abgeordneten Hilde Mattheis [u. a.] (2004): Demenz früh erkennen und behandeln – für eine Vernetzung von Strukturen, die Intensivierung von Forschung und Unterstützung von Projekten. Deutscher Bundestag, 15. Wahlperiode, Drucksache 15/2372 vom 16.1.2004. Berlin.
- Antrag der Abgeordneten Verena Butalikakis [u. a.] (2004): Früherkennung, Behandlung und Pflege bei Demenz verbessern. Deutscher Bundestag, 15. Wahlperiode, Drucksache 15/2336 vom 13.1.2004. Berlin.
- Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Regina Schmidt-Zadel [u. a.] (1996): Situation der Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag, 13. Wahlperiode, Drucksache 13/5257 vom 10.7.1996. Berlin.
- Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Maria Eichhorn [u. a.] (1999): Lebenssituation von Seniorinnen und Senioren in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/1717 vom 6.10.1999. Berlin.
- AOK-Bundesverband u. a. (2002): Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG) – Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften vom 10.10.2002. In: www.mds-ev.org/index2.html vom 8.2.2004. [= Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen]
- Aufbruch und Erneuerung – Deutschlands Weg ins 21. Jahrhundert (1998). Koalitionsvereinbarung zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands und Bündnis 90/Die GRÜNEN. Bonn, 20. Oktober 1998. Bonn.
- Bickel, H. (1999): Epidemiologie der Demenzen. In: Förstl, H./Bickel, H./Kurz, A. (Hrsg.): Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie. Berlin – Heidelberg: 9-32.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2001): Wenn das Gedächtnis nachlässt. Ratgeber für die häusliche Betreuung demenzkranker älterer Menschen. 3. überarbeitete Auflage. Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (BMGS) (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Berlin. [= Bericht der Rürup-Kommission]
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2004): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. In: www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/pflege/2236_2243.cfm vom 27.1.2004.
- Cooper, B./Sosna, U. (1983): Psychiatrische Erkrankungen in der Altenbevölkerung. Eine epidemiologische Feldstudie in Mannheim. In: Nervenarzt 54: 239-249.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2004): Strukturreform der Pflegeversicherung gestoppt – Demenzkranke wieder Außen vor? Pressemitteilung vom 30.1.2004. In: www.deutsche-alzheimer.de/7_1_23.html vom 10.3.2004.
- Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung (2001). Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/5130 vom 19.1.2001. Berlin. [= Dritter Altenbericht]

- Erneuerung – Gerechtigkeit – Nachhaltigkeit. Für ein wirtschaftlich starkes, soziales und ökologisches Deutschland. Für eine lebendige Demokratie (2002). Koalitionsvertrag zwischen SPD und Bündnis 90/Die Grünen vom 16. Oktober 2002. Berlin.
- Fichter, M. M. (1990): Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Berlin – Heidelberg – New York.
- Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG) (2001). Vom 14. Dezember 2001. In: Bundesgesetzblatt, Teil I, Nr. 70 vom 20. Dezember 2001: 3728-3733.
- Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (2001): Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG). Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/6949 vom 24.9.2001. Berlin.
- Helmchen, H., u. a. (1996): Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer, K. U./Baltes, P. B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: 186-219.
- Infratest Sozialforschung (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. München.
- ISGOS – Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien Berlin (2002): Demenz als sozialpolitische Herausforderung: Bestandsaufnahme und Perspektiven der Versorgung Demenzkranker in Brandenburg. Gutachten im Auftrag des Landesamtes für Soziales und Versorgung, Landesgesundheitsamt. Herausgegeben vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg. Potsdam.
- Krauss, B., u. a. (1977): Vorläufiger Bericht über eine epidemiologische Studie der 70-jährigen und Älteren in Göttingen. In: Degkwitz, R./Radebold, H./Schulte, P. W. (Hrsg.): Janssen-Symposien. Gerontopsychiatrie 4. Düsseldorf: 18-32.
- Kruse, A., u. a. (2002): Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10. Herausgeber: Robert-Koch-Institut. Berlin.
- Landesverordnung über die Förderung von niedrighschwelligen Betreuungsangeboten und von Modellvorhaben nach § 45c des Elften Buches Sozialgesetzbuch (2004). Vom 22. Dezember 2003. In: Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Rheinland-Pfalz, Nr. 1 vom 9. Januar 2004: 23-24.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (o.J. [1998]): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes – Berichtszeitraum 1998. Essen.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (o.J. [2001/2002]): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes – Berichtszeitraum 2001/2002. Essen.
- Priester, K. (1993): Lean Welfare. Mit Pflegeversicherung und Karenztagen zum Umbau des Sozialstaats. In: Blätter für deutsche und internationale Politik, Heft 9: 1086-1098.
- Priester, K. (2004a): Vom „Jahrhundertwerk“ zum „Luxusgut“? Probleme und Perspektiven der Pflegeversicherung. In: Gine Elsner/Thomas Gerlinger/Klaus Stegmüller (Hrsg.): Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. Hamburg: 92-105.
- Priester, K. (2004b): Demenz in Rheinland-Pfalz. Ergebnisse einer Modellrechnung bis zum Jahr 2050. Speyer.

- Priester, K. (2004c): Pflegeversicherung und Demenz. Probleme, Handlungsbedarf und Gestaltungsoptionen. In: Demenz als Versorgungsproblem. Jahrbuch für kritische Medizin, Band 40. Berlin: 102-119.
- Rosenbrock, R./Gerlinger, Th. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern – Göttingen – Toronto – Seattle.
- Runde, P./Giese, R. (2004): Die Reform der sozialen Sicherung: verschläft Deutschland den Weg in die Dienstleistungsgesellschaft? Kommentar zu den Reformvorschlägen der Rürup- und der Herzog-Kommission für die Pflegeversicherung und zu den Leitbildern der deutschen Reformpolitik. Hamburg.
- Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ (2002). Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/8800 vom 28.3.2002. Berlin.
- Schmidt, U. (2003): Neue Regeln für die Pflegeversicherung in der Diskussion (22.10.2003).
In: www.bundesregierung.de/dokumente/-,922.546412/Artikel/dokument.htm vom 7.2.2004.
- Schmidt, U. (2004a): Rede der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Ulla Schmidt, zur Zukunft der Pflegeversicherung vor dem Deutschen Bundestag am 30. Januar 2004 in Berlin. In: Bulletin der Bundesregierung Nr. 11-2 vom 30. Januar 2004. Berlin.
- Schmidt, U. (2004b): „Die Rentner müssen ihren Beitrag leisten“. Die Bundesministerin über die soziale Gerechtigkeit ihrer Reformen, die Krise der Gewerkschaften und die Gehälter der Kassenchefs. In: Handelsblatt vom 8.3.2004.
- Schneekloth, U./Müller, U. (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, durchgeführt von I+G Gesundheitsforschung, München, und Infratest Burke Sozialforschung, München. Baden-Baden.
- Schwarz, G. (2000): Alzheimer-Forum. Wissenswertes über die Alzheimer-Krankheit und Demenzerkrankungen. (Stand: April 2000) In: www.alzheimerforum.de/1/2/1/wdakude.html vom 10.3.2004.
- Simon, M. (2003): Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeit: Eine Analyse der Leistungsentwicklung in den Jahren 1997 bis 2001. Veröffentlichungsreihe der Evangelischen Fachhochschule Hannover, efh-papers P03-001 (2., überarbeitete Ausgabe). Hannover.
- Sommer, B. (2003): Bevölkerungsentwicklung bis 2050. Annahmen und Ergebnisse der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. In: Wirtschaft und Statistik, Heft 8: 693-701.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart.
- Statistisches Bundesamt (2003): Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Ild.): Bevölkerungsfortschreibung. Wiesbaden.
- Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung (2002). Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/8822 vom 18.4.2002. Berlin. [= Vierter Altenbericht]
- Weyerer, S./Dilling, H. (1984): Prävalenz und Behandlung psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse einer Feldstudie in drei Gemeinden Oberbayerns. In: Nervenarzt 55: 30-42.

Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (2001). Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/5590 vom 15.3.2001. Berlin.

Tabelle A 1:
Bevölkerung in Deutschland 2000-2050 nach Altersgruppen
(10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes, Variante 5)¹⁾

Alter von ... bis ... Jahre	Jahr ²⁾														
	Ist		Vorausberechnung												
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Anzahl (Tsd.)															
unter 65	68.565,5	68.374,6	68.097,9	67.842,6	67.484,1	67.092,6	66.477,4	65.857,9	64.603,1	62.551,2	59.604,6	56.972,1	55.753,8	54.434,5	52.877,1
65 bis 69	4.156,9	4.378,1	4.637,1	4.956,9	5.181,7	5.360,2	4.388,1	4.411,6	5.013,6	5.637,1	6.390,3	6.002,2	4.599,7	4.667,2	4.881,5
70 bis 74	3.603,2	3.604,7	3.580,3	3.508,8	3.604,5	3.742,1	4.843,2	3.981,0	4.042,5	4.612,9	5.206,9	5.922,8	5.581,1	4.292,5	4.377,3
75 bis 79	2.847,2	2.838,2	2.857,4	2.932,9	2.997,1	3.040,2	3.177,7	4.152,7	3.435,8	3.533,4	4.051,2	4.601,2	5.263,1	4.984,0	3.856,8
80 bis 84	1.474,0	1.704,7	1.912,3	2.075,7	2.138,8	2.142,0	2.301,4	2.447,6	3.249,2	2.701,4	2.829,8	3.268,2	3.750,3	4.327,9	4.131,1
85 bis 89	1.087,0	989,4	873,2	780,3	789,3	917,2	1.329,9	1.456,2	1.595,0	1.937,8	2.263,1	2.640,4	3.089,2	2.640,4	3.089,2
90 u. älter	525,7	550,7	578,5	570,2	590,6	575,0	548,6	744,1	882,9	1.008,0	1.343,9	1.271,3	1.328,4	1.589,3	1.904,5
Insgesamt	82.259,5	82.440,3	82.536,7	82.667,4	82.786,1	82.869,3	83.066,3	83.051,1	82.822,1	82.196,1	81.220,1	79.975,6	78.539,5	76.935,8	75.117,5
65 u. älter	13.694,0	14.065,7	14.438,8	14.824,8	15.302,0	15.776,7	16.588,9	17.193,2	18.219,0	19.644,9	21.615,5	23.003,5	22.785,7	22.501,3	22.240,4
80 u. älter	3.086,7	3.244,8	3.364,0	3.426,2	3.518,7	3.634,2	4.179,9	4.647,9	5.727,1	5.861,5	5.967,1	6.477,3	7.341,8	8.557,6	9.124,8

Alter von ... bis ... Jahre	Anzahl (Index: 2000=100)														
	Anzahl (Index: 2000=100)														
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
unter 65	100	100	99	99	98	98	97	96	94	91	87	83	81	79	77
65 bis 69	100	105	112	119	125	129	106	106	121	136	154	144	111	112	117
70 bis 74	100	100	99	97	100	104	134	110	112	128	145	164	155	119	121
75 bis 79	100	100	100	103	105	107	112	146	121	124	142	162	185	175	135
80 bis 84	100	116	130	141	145	145	156	166	220	183	192	222	254	294	280
85 bis 89	100	91	80	72	73	84	122	134	147	198	165	178	208	243	284
90 u. älter	100	105	110	108	112	109	104	142	168	192	256	242	253	302	362
Insgesamt	100	100	100	100	101	101	101	101	101	100	99	97	95	94	91
65 u. älter	100	103	105	108	112	115	121	126	133	143	158	168	166	164	162
80 u. älter	100	105	109	111	114	118	135	151	186	190	193	210	238	277	296

Alter von ... bis ... Jahre	Anteile (%)														
	Anteile (%)														
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
unter 65	83,4	82,9	82,5	82,1	81,5	81,0	80,0	79,3	78,0	76,1	73,4	71,2	71,0	70,8	70,4
65 bis 69	5,1	5,3	5,6	6,0	6,3	6,5	5,3	5,3	6,1	6,9	7,9	7,5	5,9	6,1	6,5
70 bis 74	4,4	4,4	4,3	4,2	4,4	4,5	5,8	4,8	4,9	5,6	6,4	7,4	7,1	5,6	5,8
75 bis 79	3,5	3,4	3,5	3,5	3,6	3,7	3,8	5,0	4,1	4,3	5,0	6,7	6,5	5,1	5,1
80 bis 84	1,8	2,1	2,3	2,5	2,6	2,6	2,8	2,9	3,9	3,3	3,5	4,1	4,8	5,6	5,5
85 bis 89	1,3	1,2	1,1	0,9	1,0	1,1	1,6	1,8	1,9	2,6	2,2	2,4	2,9	3,4	4,1
90 u. älter	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,9	1,1	1,2	1,7	1,6	1,7	2,1	2,5
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
65 u. älter	16,6	17,1	17,5	17,9	18,5	19,0	20,0	20,7	22,0	23,9	26,6	28,8	29,0	29,2	29,6
80 u. älter	3,8	3,9	4,1	4,1	4,3	4,4	5,0	5,6	6,9	7,1	7,3	8,1	9,3	11,1	12,1

¹⁾ Annahmen: Konstante Geburtenrate, langfristiger Wanderungssaldo etwa + 200.000 pro Jahr und mittlere Zunahme der Lebenserwartung.

²⁾ Stand: jeweils 31.12.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsforschung, IId.; Statistisches Bundesamt: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung 2002 bis 2050 (Variante 5), Basis: 31.12.2001; eigene Berechnungen.

Tabelle A 2:
Mittelschwer und schwer demenziell Erkrankte ab 65 Jahren in Deutschland 2000-2050 nach Altersgruppen
(Basis: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes, Variante 5)¹⁾

Altersspezif. Prävalenz- rate (%)	Alter von ... bis ... Jahre	Jahr ²⁾														
		Ist			Vorausberechnung											
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
		Anzahl (Tsd.)														
-	unter 65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1,2	65 bis 69	49,9	52,5	55,6	59,5	62,2	64,3	52,7	52,9	60,2	67,6	76,7	72,0	55,2	56,0	58,6
2,8	70 bis 74	100,9	100,9	100,2	98,2	100,9	104,8	135,6	111,5	113,2	129,2	145,8	165,8	156,3	120,2	122,6
6,0	75 bis 79	170,8	170,3	171,4	176,0	179,8	182,4	190,7	249,2	206,1	212,0	243,1	276,1	315,8	299,0	231,4
13,3	80 bis 84	196,0	226,7	254,3	276,1	284,5	284,9	306,1	325,5	432,1	359,3	376,4	434,7	498,8	575,6	549,4
23,9	85 bis 89	259,8	236,5	208,7	186,5	188,6	219,2	317,8	348,0	381,2	514,4	428,6	463,1	540,9	631,1	738,3
34,6	90 u. älter	181,9	190,5	200,2	197,3	204,3	199,0	189,8	257,5	305,5	348,8	465,0	439,9	459,9	459,9	659,0
-	Insgesamt	959,3	977,5	990,5	993,6	1.020,4	1.054,6	1.192,7	1.344,6	1.498,3	1.631,2	1.735,5	1.851,6	2.026,6	2.231,8	2.359,3
-	80 u. älter	637,7	653,7	663,2	659,8	677,5	703,0	813,7	931,0	1.118,8	1.222,4	1.270,0	1.337,7	1.499,3	1.756,6	1.946,7
-	85 u. älter	441,7	427,0	408,9	383,8	393,0	418,2	507,7	605,5	686,7	863,1	893,6	903,0	1.000,5	1.181,0	1.397,3

Anzahl (Index: 2000=100)																
-	unter 65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
100	65 bis 69	105	112	119	125	129	129	106	106	121	136	154	144	111	112	117
100	70 bis 74	100	99	97	100	104	104	134	110	112	128	145	164	155	119	121
100	75 bis 79	100	100	103	105	107	107	112	146	121	124	142	162	185	175	135
100	80 bis 84	116	130	141	145	145	145	156	166	220	183	192	222	254	294	280
100	85 bis 89	91	80	72	73	84	84	122	134	147	198	165	178	208	243	284
100	90 u. älter	105	110	108	112	109	112	104	142	168	192	256	242	253	302	362
100	Insgesamt	102	103	104	106	110	110	124	140	156	170	181	193	211	233	246
100	80 u. älter	103	104	103	106	110	110	128	146	175	192	199	210	235	275	305
100	85 u. älter	97	93	87	89	95	95	115	137	155	195	202	204	227	267	316

Anteile (%)																
-	unter 65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5,2	65 bis 69	5,4	5,6	6,0	6,1	6,1	6,1	4,4	3,9	4,0	4,1	4,4	3,9	2,7	2,5	2,5
10,5	70 bis 74	10,3	10,1	9,9	9,9	9,9	9,9	11,4	8,3	7,6	7,9	8,4	9,0	7,7	5,4	5,2
17,8	75 bis 79	17,4	17,3	17,7	17,6	17,3	17,3	16,0	18,5	13,8	13,0	14,0	14,9	15,6	13,4	9,8
20,4	80 bis 84	23,2	25,7	27,8	27,9	27,0	27,0	25,7	24,2	28,8	28,8	21,7	23,5	24,6	25,8	23,3
27,1	85 bis 89	24,2	21,1	18,8	18,5	20,8	20,8	26,6	25,9	25,4	31,5	24,7	25,0	26,7	28,3	31,3
19,0	90 u. älter	19,5	20,2	19,9	20,0	18,9	18,9	15,9	19,1	20,4	21,4	26,8	23,8	22,7	24,6	27,9
100,0	Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
66,5	80 u. älter	66,9	67,0	66,4	66,4	66,7	66,7	68,2	69,2	74,7	74,9	73,2	72,2	74,0	78,7	82,5
46,0	85 u. älter	43,7	41,3	38,6	38,5	39,7	39,7	42,6	45,0	45,8	52,9	51,5	48,8	49,4	52,9	59,2

¹⁾ Annahmen: Konstante Geburtenrate, langfristiger Wanderungssaldo etwa + 200.000 pro Jahr und mittlere Zunahme der Lebenserwartung.

²⁾ Stand: jeweils 31.12.

Quelle: Eigene Berechnungen nach: Bickel 1999; Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsvorausberechnung 2002 bis 2050 (Variante 5); Basis: 31.12.2001.